



**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
**TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE BOYACÁ**  
**SALA DE DECISIÓN No. 4**

**MAGISTRADO PONENTE: JOSÉ ASCENCIÓN FERNÁNDEZ OSORIO**

Tunja, doce (12) de mayo de dos mil veinte (2020)

<b>MEDIO DE CONTROL:</b>	REPARACIÓN DIRECTA
<b>RADICADO:</b>	150013331007 <b>201000170</b> -01
<b>DEMANDANTES:</b>	JUAN HERIBERTO SANABRIA Y OTROS
<b>DEMANDADOS:</b>	E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA Y OTRO
<b>TEMA:</b>	RESPONSABILIDAD MÉDICA
<b>ASUNTO:</b>	<b>SENTENCIA DE SEGUNDA INSTANCIA</b>

Decide la Sala el recurso de apelación interpuesto por la parte demandante contra la sentencia proferida el 17 de septiembre de 2018 por el Juzgado Séptimo Administrativo Oral del Circuito Judicial de Tunja, mediante la cual se negaron las pretensiones de la demanda.

## I. ANTECEDENTES

### 1. DEMANDA

#### 1.1. Declaraciones y condenas (ff. 3-5):

Los señores **JUAN HERIBERTO SANABRIA e HILDA LEÓN RINCÓN** (padres), actuando en nombre propio y en representación de su menor hija **SELENE CATALINA SANABRIA LEÓN**, así como también los señores **JENNY LUCERO SANABRIA LEÓN (hija)**, **JORGE ADOLFO SANABRIA LEÓN (hijo)** y **MARÍA MARCELA RINCÓN DE LEÓN** (abuela), por intermedio de apoderado judicial instauraron demanda de reparación directa contra la E.S.E. **HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA y la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA**, con el objeto de que se les declare extracontractual y administrativamente responsables por los perjuicios derivados de la muerte del menor **RAFAEL GUILLERMO SANABRIA LEÓN**, la cual se produjo el 17 de junio de 2008.

Como consecuencia de lo anterior, solicitaron que se condene a las entidades demandadas al pago de las siguientes sumas de dinero:

- Perjuicios morales: El equivalente a 100 SMLMV a favor de cada uno de los demandantes.

- Perjuicios materiales: La suma de \$175.761.000, correspondiente al lucro cesante causado con el fallecimiento, calculado con base en el 50% del salario mínimo, por la expectativa de vida del menor (708 meses).

Finalmente, pidieron que se ordene el cumplimiento de la sentencia en los términos de los artículos 176 y siguientes del CCA, y que se condene en costas y agencias en derecho a las entidades accionadas.

## **1.2. Fundamentos fácticos (ff. 5-9):**

Como fundamentos fácticos de la demanda, el apoderado de la parte demandante enunció los que se resumen a continuación:

Que en el mes de diciembre de 2007 el menor **RAFAEL GUILLERMO SANABRIA LEÓN** (de 16 años) se desplazó a la ciudad de Santa Marta para laborar en un autoservicio de propiedad de una tía.

Que en el mes de marzo de 2008 el menor comenzó a sentir varios quebrantos de salud, con síntomas como fiebre, dolor de cabeza, dolor de huesos, vómito y diarrea.

Que el menor fue atendido por el servicio de urgencias en la ciudad de Santa Marta, pero al no alcanzar alguna mejoría regresó a la ciudad de **Duitama**.

Que el 30 de marzo de 2008 ingresó por el servicio de urgencias de la E.S.E. **HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA**, presentando desmayos y parálisis de medio cuerpo como síntomas adicionales.

Que en el centro hospitalario le fueron efectuados varios exámenes médicos con los que se descartó un cuadro de **dengue hemorrágico**, pero persistían **síntomas de anemia y trombocitopenia**, lo cual forzó la realización de **transfusiones de sangre**.

Que durante 7 días el menor recibió tratamiento en la **E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA** con leves mejorías momentáneas, hasta que el paciente presentó **bicitopenia**, lo cual obligaba una transfusión de plaquetas. Como el hospital no contaba con ese servicio, se ordenó una remisión a la **E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA**.

Que la aludida remisión se produjo el 6 de abril de 2008 y el menor **SANABRIA LEÓN** permaneció hospitalizado, adicionándose como síntoma una notable pérdida de fuerza muscular de la parte izquierda del cuerpo.

Que el menor fue valorado por profesionales de **medicina interna**, neurología, psicología, hematología, terapia física, terapia respiratoria y nutrición, pero no por un **pediatra**, lo cual influyó en un indebido tratamiento.

Que durante el proceso de tratamiento se presentaron varias omisiones, como la inexistencia de elementos necesarios para la toma de exámenes, el desinterés del personal médico (consideraron que "el caso era 'perdido') y oportunidades en que se recetó telefónicamente al paciente (no estaban presentes los galenos). Lo anterior afectó psicológicamente a los padres del paciente, quienes solicitaron su remisión a un hospital especializado.

Que el 25 de abril de 2008 la **E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA** dispuso remitir al menor a la **FUNDACIÓN HOSPITAL DE LA MISERICORDIA**, ubicado en Bogotá (cuya especialidad es **pediatría**), para la realización de algunos exámenes, pero el cuadro clínico del paciente hizo necesaria su hospitalización.

Que el estado del menor se deterioró durante los dos meses como consecuencia de la falta de atención oportuna por parte de los hospitales que lo atendieron antes de la remisión a la ciudad de Bogotá, hasta que el **17 de junio de 2008** se produjo su fallecimiento.

Que con ocasión de lo anterior se abrió un proceso penal, que al momento de presentar la demanda cursaba en la Fiscalía Novena de Tunja.

## **2. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA**

### **2.1. E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja (ff. 370-387):**

La **E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA** se opuso a las pretensiones de la demanda, sosteniendo que la atención suministrada durante 19 días al menor **RAFAEL GUILLERMO SANABRIA LEÓN** se ajustó a los protocolos médicos y a la *lex artis*, de manera oportuna, eficiente, eficaz, diligente, pertinente y con pericia.

Adujo que la historia clínica del menor **RAFAEL GUILLERMO SANABRIA LEÓN** registraba que la familia del paciente no había permitido la realización de una punción lumbar y la práctica de exámenes de laboratorio, a pesar de las recomendaciones de los médicos.

Describió la evolución clínica del paciente y recalcó que no existían parámetros clínicos que supusieran la atención por el servicio de pediatría por tratarse de un menor adulto de 16 años, con una talla de 1.78 metros de estatura y peso de 73 kg, que refería fumar mínimo dos cigarrillos diarios.

Enfatizó que la directriz en la atención de los pacientes no se infiere solo de la edad, sino que también debe tenerse en cuenta el desarrollo pondoestatural y sus características morfofisiológicas. Además, recalcó que en Colombia no existe una norma que explícitamente determine qué grupo de edad valora pediatría o el médico internista.

Esgrimió que la institución hospitalaria recibió al paciente en el servicio de medicina interna teniendo en cuenta lo antedicho, pues ese fue el objeto de la remisión efectuada por la **E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA**.

Manifestó que no era cierto que el personal médico no encontrara la etiología del paciente, ya que en el curso del tratamiento se determinó que se trataba de **una enfermedad autoinmune**, además que era necesario descartar infecciones. Así se llegó al diagnóstico **principal de anemia hemolítica autoinmune**.

Propuso como excepciones las que denominó "*inexistencia de falla en el servicio*", "*inexistencia del nexo de causalidad*", "*inexistencia de causa legal*", "*ineptitud de la demanda*" y "*falta de legitimación en la causa por pasiva*".

## **2.2. E.S.E. Hospital Regional de Duitama (ff. 671-686):**

La **E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA** se opuso a las pretensiones de la demanda y reseñó que la víctima, que contaba con 16 años, no era un niño al tenor del artículo 34 del CC (era un menor adulto o adolescente).

Manifestó que el menor **RAFAEL GUILLERMO SANABRIA LEÓN** ingresó por el servicio de urgencias el 30 de abril de 2008 a las 6:35 p.m. y se le prestó atención médica inmediata, con un primer **diagnóstico de anemia EDA**, posible dengue o fiebre amarilla, motivo por el cual se ordenó la realización de exámenes para un mejor diagnóstico.

Resumió las atenciones suministradas al paciente por parte de diferentes especialistas y coligió que era absurdo afirmar que aquel debió ser valorado por un pediatra, toda vez que "*existe (sic) dentro de la medicina, límites (sic) a la atención por pediatría según la edad de los menores en consideración a la edad a 15 años, e igualmente que existe una rama de la medicina denominada Hebiatria (sic) que se ocupa de la atención de los*

*menores adultos a quienes no se les puede equiparar con los niños, pues las diferencias en la formación de los órganos y funciones son muy diferentes”.*

Adujo que el paciente egresó de la institución hospitalaria dos meses antes de su fallecimiento y en circunstancias de estabilidad, con signos vitales normales, sin convulsiones o alguna sintomatología que indicara un deterioro en su salud

Hizo referencia al análisis jurídico de la responsabilidad médica y los eximentes de responsabilidad, y formuló como excepciones las que denominó *“falta de legitimación en la causa por pasiva”, “falta de derecho para promover la acción”, “ausencia de responsabilidad”* y la *“excepción innominada o genérica”*.

### **3. LLAMAMIENTO EN GARANTÍA**

Junto con la contestación de la demanda, la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA solicitó el llamamiento en garantía de la sociedad SEGUROS DEL ESTADO S.A., la **COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO PARA LA COMERCIALIZACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE PRODUCTOS Y SERVICIOS -CICODIS-**, la **COOPERATIVA NACIONAL DE NEUROCIENCIAS -NEUROCOL-**, la **COMPAÑÍA DE SEGUROS LA PREVISORA S.A.** y la **COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO DE MÉDICOS INTERNISTAS -INTERCOOP-** (ff. 615-662). Por su parte, la E.S.E. **HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA** formuló denuncia del pleito en contra de la **FUNDACIÓN HOSPITAL DE LA MISERICORDIA** (ff. 663-666).

Mediante auto del 24 de agosto de 2011 (ff. 697-700), el juzgado de primera instancia admitió los llamamientos en garantía propuestos por la **E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA**; sin embargo, con auto del 6 de marzo de 2013 (ff. 803-807) se decretó la ineficacia de las vinculaciones correspondientes a **CICODIS e INTERCOOP**, por no haber sido notificados oportunamente. Asimismo, en esta providencia se negó la solicitud referida a la **FUNDACIÓN HOSPITAL DE LA MISERICORDIA**.

Los llamados en garantía que permanecieron vinculados al proceso se pronunciaron como sigue:

#### **3.1. Seguros del Estado S.A. (ff. 723-744):**

Se opuso a las pretensiones de la demanda, argumentando que no se daban los presupuestos *“de la falla en el servicio médico, daño, el nexo de causalidad no responsabilidad civil contractual”*, y propuso como excepciones de fondo las que denominó *“ausencia de falla en el servicio en*

cabeza de la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA" y "ausencia de nexo de causalidad y culpa (medica -sic-)".

Frente al llamamiento en garantía, expuso que la institución hospitalaria contrató las pólizas de responsabilidad civil extracontractual Nos. 39-40-101001180, 39-40-101001201, 39-40-101001202 y 39-40-101001258, siendo tomadores CICODIS, INTERCOOP CTA y NEUROCOL.

Aclaró que la naturaleza de los contratos de seguro era ajena la situación fáctica y jurídica de la litis porque estos amparaban la responsabilidad extracontractual surgida de la ejecución de los contratos suscritos con las cooperativas, no la responsabilidad civil contractual de la entidad contratante ni la responsabilidad civil profesional derivada de la actividad médica.

Propuso como excepciones contra el llamamiento las de "prescripción (sic) de las acciones derivadas del contrato de seguros", "inexistencia de amparo para los hechos de la demanda", "existencia de exclusión (sic) para el pago de lucro cesante y daño moral (I)", "existencia de exclusión (sic) absoluta (II) 'Responsabilidad Civil Contractual'", "existencia de exclusión (sic) absoluta (III) 'Responsabilidad Civil Profesional'", "inexistencia del siniestro e inexistencia de la obligación (sic)", "inexistencia de la obligación (sic)", "cláusula (sic) de deducible a cargo del asegurado" y "límite (sic) asegurado y principio indemnizatorio".

### **3.2. La Previsora S.A. Compañía de Seguros (ff. 753-763):**

Se opuso a las pretensiones de la demanda manifestando coadyuvar la defensa esgrimida por la **E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA** y propuso como excepciones de fondo las de "inexistencia de una falla en el servicio", "ausencia de los elementos constitutivos de la responsabilidad médica" y "actividad médica es de medio y no de resultado". Asimismo, formuló las siguientes excepciones de manera subsidiaria, en caso de que se acceda a las pretensiones de la demanda: "falta de prueba sobre la cuantía de la pérdida" y "improcedencia de los perjuicios morales en la forma que son solicitados".

Frente al llamamiento en garantía, adujo que la **E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA** adquirió la póliza No. 1001880, con una vigencia inicial del 6 de marzo de 2007 al 7 de marzo de 2008 y prorrogada sucesivamente al 15 de agosto de 2008.

Refirió que el contrato de seguro delimitaba las condiciones de las obligaciones y en él se había dejado establecido que el siniestro debía

reclamarse por primera vez dentro del término de vigencia de la póliza, lo que significaba que su modalidad era *claims made*.

Formuló como excepciones de fondo las que denominó “falta de cobertura de la póliza de responsabilidad civil numero (sic) 1001880 mediante la cual se llamo (sic) en garantía (sic) a La Previsora S.A. Compañía (sic) de Seguros”, “falta de cobertura del lucro cesante en la póliza de responsabilidad civil número 1001880”, “limitacion (sic) a la cobertura del daño moral en la poliza (sic) de responsabilidad civil numero (sic) 1001880”, “límite de valor asegurado, limitacion (sic) de responsabilidad de La Previsora S.A. Compañía (sic) de Seguros al monto de la suma asegurada. Artículo (sic) 1079 del Código (sic) de Comercio”, “limitacion (sic) de responsabilidad de La Previsora S.A. Compañía (sic) de Seguros a la disponibilidad del valor asegurado por concepto de responsabilidad civil, artículo (sic) 1111 del Código (sic) de Comercio” y “aplicación del deducible pactado en la póliza”.

### 3.3. Neurocol:

No se pronunció.

## 4. SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

El Juzgado Séptimo Administrativo Oral del Circuito Judicial de Tunja, mediante sentencia proferida el 17 de septiembre de 2018, resolvió (ff. 1109-1135):

*“(...) PRIMERO.- Negar las pretensiones de la demanda, por las razones expuestas en la parte motiva.*

*SEGUNDO: Sin condena en costas. (...)”*

Para llegar a esta conclusión, la jueza de primera instancia consideró que estaba demostrado el daño, el cual consistía en el fallecimiento del menor **RAFAEL GUILLERMO SANABRIA LEÓN**.

En cuanto a la imputación, adujo que el menor contaba con 16 años y 7 meses al momento de su ingreso a la **E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA**, pero pesaba **73 kg y medía 1.78 m**, las cuales son condiciones pondoestaturales de un adulto.

Agregó que, si bien la **Sociedad Colombiana de Pediatría** recomendaba que la atención pediátrica se extendiera hasta los 18 años, no existía norma alguna que fijara un límite vinculante, máxime cuando la asociación refería que debía respetarse la autonomía del médico y las instrucciones de las **IPS**.

Dijo que, aunque el paciente no fuera valorado por pediatría, al menor se le garantizó la prestación del servicio de salud por el servicio de medicina interna, que adelantó el procedimiento médico que consideró adecuado de acuerdo con la patología.

Relacionó las atenciones registradas en la historia clínica del menor y, con base en literatura médica, describió la patología que llevó al deceso del menor, así como los padecimientos asociados a ésta. A partir de lo anterior concluyó que el diagnóstico inicial de dengue hemorrágico era acorde a los síntomas presentados por el paciente.

Reseñó que ante la no evolución de la condición del menor se replanteó el diagnóstico, orientándose a una **bicitopenia** (anemia trombocitopenia severa) y se ordenó su remisión a una institución de tercer nivel de complejidad. Por lo tanto, afirmó no se presentó una falla en el servicio en la atención surtida en la **E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA**.

Con base en la historia clínica y los testimonios rendidos dentro del proceso, puso de presente que la **E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA** adelantó el procedimiento médico necesario para establecer la patología que aquejaba al menor.

Resaltó que la literatura médica señala que no hay pruebas de sangre que permitan diagnosticar específicamente **la púrpura trombocitopénica trombótica**, sino que su diagnóstico se establece a partir de la sintomatología del paciente y los análisis de sangre de recuento de plaquetas.

Sostuvo que el suministro de corticoides, que fue provisto al menor, era el recomendado para la patología, y su remisión a un centro de mayor nivel era necesario para que se le suministrara el procedimiento de **plasmaféresis**.

Coligió que no se probó que la atención suministrada al paciente fuera deficiente, motivo por el cual dispuso negar las pretensiones de la demanda.

## **5. RECURSO DE APELACIÓN (ff. 1137-1144)**

Inconforme con la decisión, la parte demandante apeló la sentencia con fundamento en lo siguiente:



Señaló que el juzgado había “*minimizado y extinguido*” la responsabilidad de la parte demandada por **el mal diagnóstico o diagnóstico tardío**, a pesar de que se le privó de ser atendido por el servicio de pediatría. Agregó que esta fue **la causa eficiente del daño** y permitía fácilmente declarar la responsabilidad del Estado, ya que inicialmente el cuadro se trató como **dengue hemorrágico**.

Adujo que el juzgado simplemente anunciaba que la parte demandada cumplió con los protocolos médicos sin que estos se aportaran al proceso, falencia que no podía trasladarse a la parte actora.

Cuestionó que inicialmente se planteara la patología de dengue hemorrágico y que se insistiera en ella a pesar del síntoma de **hemiparesia izquierda**, el cual permitía inferir un problema **neurológico**. Añadió que se le restó importancia a la disminución de plaquetas como síntoma principal, así como equimosis.

Recalcó que desde un inicio existían indicios de **púrpura trombocitopenia**, pero se esperaron 26 días para remitir al paciente a la **FUNDACIÓN HOSPITAL DE LA MISERICORDIA**, cuando esa debió ser la decisión inicial.

Expresó que no se tuvo en cuenta que los testimonios fueron tachados de sospechosos y que su valoración por parte de la jueza no fue objetiva.

Aseveró que el archivo de la investigación penal no incidía en el análisis de responsabilidad extracontractual.

Transcribió textualmente apartes de los alegatos de conclusión de primera instancia en los que se hace alusión a que los galenos se limitaron a estabilizar al paciente, pero no procuraron determinar la patología real que padecía o, en su defecto, remitirlo oportunamente a una entidad especializada para el menor.

## **6. TRÁMITE PROCESAL DE SEGUNDA INSTANCIA**

El anterior recurso fue concedido mediante auto del 29 de octubre de 2018 (f. 1146) y fue admitido por esta Corporación mediante providencia calendada del 12 de diciembre de 2018 (f. 1150). Posteriormente, a través de auto del 30 de enero de 2019 se ordenó correr traslado para alegar de conclusión (f. 550).

## **6.1. ALEGATOS DE CONCLUSIÓN**

### **6.1.1. Parte demandante (ff. 1183-1190):**

Transcribió íntegra y literalmente los argumentos expuestos en el recurso de apelación.

### **6.1.2. Parte demandada**

#### **6.1.2.1. E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja (ff. 1160-1163):**

Reiteró los argumentos esgrimidos a lo largo del proceso y citó en extenso la sentencia C-644 de 2011, proferida por la Corte Constitucional.

#### **6.1.2.2. E.S.E. Hospital Regional de Duitama (ff. 1191-1194):**

Enfatizó que no había siquiera indicio de responsabilidad de la institución hospitalaria y agregó que la atención ofrecida fue idónea y oportuna.

### **6.1.3. Llamados en garantía**

#### **6.1.3.1. Seguros del Estado S.A. (ff. 1153-1155):**

Reiteró que las pólizas expedidas por la sociedad eran inoperantes en este caso e hizo énfasis en las exclusiones del contrato de seguro.

#### **6.1.3.2. La Previsora S.A. Seguros (ff. 1172-1179):**

Transcribió literalmente las excepciones formuladas en su escrito de contestación de la demanda y del llamamiento en garantía.

#### **6.1.3.3. Neurocol (ff. 1180-1182):**

Refirió que ninguno de los especialistas vinculados a NEUROCOL intervinieron directamente en los procedimientos realizados al paciente, ni en su diagnóstico o tratamiento, lo cual, aunado a la falta de prueba de la falla en el servicio, daba lugar a negar las pretensiones incoadas contra la entidad.

## **6.2. CONCEPTO DEL MINISTERIO PÚBLICO**

El Agente del Ministerio Público no emitió concepto.

## II. CONSIDERACIONES

Transcurrido en legal forma el trámite del proceso ordinario, se establece que no existe causal de nulidad que invalide lo actuado. Por lo tanto, procede a proferir decisión de fondo en el asunto objeto de la litis.

### 1. PROBLEMAS JURÍDICOS

En los términos del recurso de apelación, corresponde a esta Sala establecer:

- i. *¿Se probó que para la época de los hechos existía una edad específica que limitaba la atención de un paciente por el servicio de pediatría o la especialidad respectiva para adultos?*
- ii. *¿En el proceso se acreditó que la atención médica suministrada al paciente por parte de las entidades demandadas fuera errada o tardía?*
- iii. *¿La tacha de sospecha a los testigos, la falta de prueba de los protocolos médicos y la independencia de la actuación penal respecto de la administrativa son argumentos suficientes para declarar la responsabilidad de las entidades demandadas?*

De la interpretación de la sentencia apelada y de los motivos de inconformidad propuestos en el recurso, la Sala anuncia la posición que asumirá, así:

#### 1.1. Tesis argumentativa propuesta por la Sala:

*La Sala considera que no existe prueba que indique que para la época de los hechos (año 2008) existiera una norma o, por lo menos, consenso científico acerca de la edad límite para que la atención de un paciente fuera asumida por un pediatra y no por el especialista respectivo de medicina para adultos. Además, tampoco se acreditó que un pediatra hubiera ofrecido una mejor atención o que contara con mayores conocimientos para tratar la patología que llevó al paciente a su muerte.*

*Por otra parte, el apoderado de los accionantes no sustenta sus alegaciones atinentes a un errado o tardío diagnóstico o tratamiento en ninguna de las pruebas que obran en el expediente, sino solamente en su percepción del caso. La historia clínica expone que los galenos pusieron a disposición del paciente sus conocimientos y la capacidad técnica de las instituciones a fin de determinar la patología que aquejaba al menor.*

Después de descartar varias enfermedades, delimitaron el diagnóstico a una enfermedad autoinmune y remitieron al paciente a una institución de mayor nivel, para garantizar un tratamiento idóneo.

Finalmente, la tacha de sospecha a los testigos, la falta de prueba de los protocolos médicos y la independencia de la actuación penal respecto de la administrativa no son argumentos suficientes para declarar la responsabilidad de las entidades demandadas, ante la falta de prueba de una indebida praxis médica.

Por lo anterior, la sentencia apelada se confirmará en su integridad.

## 2. CASO CONCRETO

### 2.1. Material probatorio

De manera preliminar, la Sala precisa que otorgará valor probatorio a los documentos aportados en copias simples, de conformidad con las razones expuestas en la sentencia de unificación dictada por la Sala Plena de lo Contencioso Administrativo del Consejo de Estado el 30 de septiembre de 2014<sup>1</sup>. Asimismo, las pruebas trasladadas pertenecientes al proceso penal con radicación No. 1100116000028200802041 también serán valoradas, en razón a que su decreto se produjo en el auto que abrió el proceso a pruebas (f. 815) y permanecieron visibles en el plenario sin que los integrantes de la parte demandada se opusieran a su contenido<sup>2</sup>.

Ahora bien, para desarrollar el análisis del caso concreto en primer lugar se efectuará un relato de los hechos probados en torno al tratamiento ofrecido al menor **RAFAEL GUILLERMO SANABRIA LEÓN**, para luego estudiar los cargos de la alzada.

El **30 de marzo de 2008** a las 6:35 p.m. el joven **RAFAEL GUILLERMO SANABRIA LEÓN** ingresó al servicio de urgencias de la **E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA** y fue atendido el mismo día a las 7:30 p.m. Según se dejó registrado, el motivo de consulta fue (f. 251):

*“(...) Dificultad para respirar desde hace ± 10 días que asocia fiebre no cuantificada (diarrea) deposiciones líquidas, emesis de ± 2 días. Tomó SRO [solución de rehidratación oral] ayer sin mejoría. Refiere además parestesia y ‘desmayos’. (...)”*

---

<sup>1</sup> C.E., Sala Plena, Sent. 2007-01081 (REV), sep. 30/2014. M.P. Alberto Yepes Barreiro.

<sup>2</sup> Ver, por ejemplo: C.E., Sec. Tercera, Sent. 2005-03387 (49884), mar. 1º/2018. M.P. María Adriana Marín; y C. Const., T-2014, may. 28/2018. M.P. Alejandro Linares Cantillo.

Además, como impresión diagnóstica se consignó (f. 251 v.):

- “(...) S. S. Anemico (sic) a estudio + lipotimia  
1. EDA [enfermedad diarreica aguda]  
2. [Ilegible] microscópica a estudio  
3. Dengue?  
4. Fiebre amarilla? (...)”*

En el servicio de urgencias fue ordenada la observación del paciente, una serie de exámenes (entre ellos, un recuento de plaquetas) y valoración por medicina interna. Asimismo, como diagnóstico de salida del servicio se planteó “**dengue hemorrágico**”.

Ya en el servicio de medicina interna, el profesional tratante registró lo siguiente (f. 258):

*“(...) Pte de 16 años de edad que consulta por [ilegible] fiebre no cuantificada de a (sic) 4 días de evolución. Refiere parestesia en [ilegible] cuerpo izquierdo a [ilegible] a dolor tipo picada en ardor y cefalea. (...)”*

El galeno anotó como impresión diagnóstica síndrome febril y anemia, así como probable dengue hemorrágico, e instauró tratamiento con hospitalización, transfusión de 2 unidades glóbulos rojos empaquetados (GRE), 10 unidades de concentrado de plaquetas, acetaminofén, solución salina y dieta blanda. Igualmente solicitó los exámenes de tiempo de **protrombina** (TP) y tiempo parcial de **tromboplastina** (TPT) (f. 258).

Al día siguiente **-31 de marzo de 2008-** (f. 258 v.) el paciente refirió sentirse mucho mejor, aunque todavía manifestó sentir cefalea (dolor de cabeza). El médico tratante solicitó un conteo de plaquetas y un examen de anticuerpos **IgM** contra el virus dengue, y continuó el tratamiento.

El **1º de abril de 2008** (f. 259) el paciente, aun cuando dejó de sentir fiebre, continuó con dolor de cabeza en la región frontal y occipital tipo picada (de intensidad 7/10) y vómito. Ante este cuadro, el internista registró que había mejoría en la anemia, pero que era necesaria la transfusión de 10 unidades de plaquetas concentradas, además de la continuación del tratamiento instaurado.

El **2 de abril de 2008** (ff. 259 v.-260) el menor comenzó a tener fiebre y varios episodios de vómito con sangre (melanemesis), que se unieron a la cefalea previa. Estos síntomas fueron atendidos principalmente con solución salina, metoclopramida, ranitidina y transfusiones de plaquetas. Además, se ordenó la realización de exámenes de alanina aminotransferasa (ALT), aspartato aminotransferasa (AST), tiempo de

protrombina (TP), tiempo parcial de tromboplastina (TPT), conteo de plaquetas y una ecografía abdominal.

El **3 de abril de 2008** (f. 261) el paciente refirió mejoría, sin fiebre ni cefalea, pero persistió el vómito en múltiples ocasiones y con color verdoso. Se continuó el suministro de metoclopramida y ranitidina, y se incluyó dipirona. Asimismo, se anotó que estaban pendientes el recuento de plaquetas, la ecografía, así como otros exámenes hemáticos. A las 4:30 p.m. el menor padeció cefalea intensa y palidez, y posteriormente llegaron los reportes de laboratorio y de la ecografía, la cual no encontró patología alguna (f. 254).

Con fundamento en lo anterior, el **4 de abril de 2008** (f. 262) se suspendió la aplicación de **dipirona**, se solicitó la realización de un TAC cerebral simple y se recibió el informe del recuento de plaquetas; no obstante, persistieron los síntomas de cefalea y palidez mucocutánea generalizada (f. 257 v.). Al día siguiente **-5 de abril de 2008-** (f. 263) se reanudó el uso de dipirona, se recibieron los informes del TAC (el cual no encontró anomalías -f. 282-), del recuento de plaquetas y de los demás análisis hemáticos. Con estos resultados, el médico internista resumió la evolución del menor como se transcribe a continuación (ff. 263 v.-264):

**“(...) 05-04-08 NOTA REVISTA**

*Pte de 16 años, quien llegó al HRD el día 30 marzo/08 consultando x cuadro de 10 días de fiebre no cuantificada deposiciones líquidas y emesis en 2 oportunidades, los días antes había estado en Sta Marta, CH [cuadro hemático] inicial los cuales no son automatizados muestran **anemia y trombocitopenia**. Se hizo dx [diagnóstico] inicial de dengue S/S [se solicita] IgM para dengue la cual se realizó pero no a (sic) llegado reporte. Se transfundió 2 UGR [unidades de glóbulos rojos] + 10 unid de plaquetas con lo que hubo mejoría clínica parcial; pero persistía con fiebre, **se descartó igualmente malaria y anemia hemolítica**, volvió a presentar disminución de las cifras de HGB [hemoglobina], HTO [hematocrito] x lo que se decidió transfundir nuevamente. Transaminasas iniciales normales discreto aumento al día de hoy, función renal normal. Posteriormente hubo mejoría clínica + de 48 horas sin tener fiebre con episodios de cefalea, vómito y hemiparesia izquierda, S/S [se solicita] TAC cerebral el cual es normal. En este momento Pte somnoliento, estuporoso [parcialmente inconsciente], al parecer con hemiparesia izquierda; palidez mucocutánea marcada, R.C. [ruidos cardíacos] rítmicos.*

*Paraclínicos (...), consideramos q' el Pte no tenga (sic) dengue, si no (sic) que el momento lo enfocamos como una bicitopenia a estudio, a demás (sic) hay disminución muy importante de las cifras de HGB y HTO a pesar de haberse transfundido en 1 semana 4 U de glóbulos rojos.*

**Consideramos como Dx [diagnóstico] alterno un sd [síndrome] mielodisplásico o una enf. que curse con hemólisis. (...)** (Subraya y negrilla fuera del texto original)

Dentro de las órdenes médicas impartidas, además de continuar con transfusiones, medicamentos y ordenar nuevos exámenes de sangre, el internista solicitó la remisión del paciente a una institución de tercer nivel de atención.

Ya contando con los resultados de los exámenes, la remisión se materializó el **6 de abril de 2008** y el menor fue admitido en la **E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA** a las 10:25 a.m. (ff. 252-253 y 388). Al ingreso a la institución fue valorado por **medicina interna** y, dado el antecedente referido a la estancia del paciente en Santa Marta, **el profesional consideró varias hipótesis diagnósticas, como una enfermedad cardiovascular hemorrágica, hepatitis, fiebre amarilla, leptospirosis o dengue** (f. 439). Asimismo, en razón a la **hemiparesia**, el paciente fue valorado por neurólogo, quien consideró necesario descartar dengue, leptospirosis con encefalitis, cerebritis y colestasis hepática (f. 440). Ambos profesionales ordenaron la realización de múltiples exámenes, incluyendo un BUN (examen de nitrógeno ureico en la sangre), examen de creatina, una ecografía abdominal total, un frotis de sangre periférica, LDH (análisis de lactato deshidrogenasa), examen de anticuerpos para detectar hepatitis, un TAC cerebral contrastado, una RNM cerebral (resonancia magnética nuclear) y una prueba de VIH.

Los resultados de la mayoría de los exámenes fueron entregados entre el **7 y el 8 de abril de 2008**, entre ellos el TAC cerebral contrastado, cuyos resultados fueron normales. Además, el neurólogo dejó registrado que no era posible efectuar una punción lumbar para indagar en la patología "**por riesgo inminente de herniación ya que hay hemiparesia**" (ff. 437-438). El tratamiento continuó y el **10 de abril de 2008** el médico internista incluyó como posible diagnóstico **fiebre equina venezolana**, motivo por el cual solicitó la realización de nuevos exámenes (f. 435).

Ante la complejidad del cuadro del paciente, el **11 de abril de 2008** se llevó a cabo una junta médica en la que se plantearon posibles patologías de tipo inmunológico y hematológico como causantes de los padecimientos del menor, puntualmente **anemia hemolítica**, lupus eritematoso sistémico (LES) y síndrome de Evans (f. 433). Para el efecto se ordenaron nuevos exámenes, pero a las 4 p.m. se dejó la siguiente anotación en la historia clínica (ff. 432 y 436 v.):

*"(...) Nota tarde*

*Pte en estudio por sx [síndrome] icterico a quien servicio tratante ordenó toma de paraclínicos **se explicó a familiar quien no acepta toma de muestras para laboratorios**. Se explica la importancia de realizar estos sin embargo se rehúsa a permitirlo. En constancia (sic) firma el señor Juan*

*Eliberto (sic) Sanabria padre del paciente asumiendo la responsabilidad y posibles complicaciones. (...)*"

La condición del paciente fue irregular, en razón a que presentaba mejoras momentáneas y posteriores decaídas. Sin embargo, siguió el tratamiento con la realización de más exámenes y seguimiento a los índices que mostraban los anteriores. No obstante, el **14 de abril de 2020** se dejó la siguiente nota (f. 429):

*"(...) Nota revista: Familiar manifiesta verbalmente que no permite realizar al paciente ningún procedimiento ni toma de muestra para exámenes. (...)"*

Aparecen dos anotaciones relacionadas de la misma fecha (f. 429 v.):<sup>3</sup>

*"(...) 14-4-8 El padre del paciente se niega a que se realice procedimiento de punción lumbar, en constancia de esto firma:  
No autorizo procedimiento hasta no contar con mi esposa para luego (sic) de acuerdo y ella autorize (sic) y esté de acuerdo.  
[Firma]*

*14-4-8 13:00 Se informa a familiar de paciente, padre de este, de solicitud detección por laboratorio para equina venezolana, padre del paciente no permite toma de laboratorios. (...)"<sup>4</sup>*

El **15 de abril de 2008** se incluyó como posible diagnóstico "**trombocitopenia autoinmune de posible origen viral**" y se ordenó suspender el suministro de ranitidina por esa razón. Tanto el internista como el neurólogo comentaron con el padre del menor la necesidad de realizar la **punción lumbar**, pero finalmente al día siguiente se anotó que el procedimiento "**se cancela por solicitud de los padres**" (ff. 427-428).

El **16 de abril de 2020**, con evolución favorable por parte del paciente, el internista consideró necesario descartar una infección de tipo viral, como la encefalitis equina venezolana o encefalitis por priones (f. 426). El tratamiento se mantuvo, sin embargo, el **21 de abril de 2008** el menor presentó movimientos tónico - clónicos (convulsiones) que se prolongaron aproximadamente por 2 horas, motivo por el cual se solicitó un TAC de cráneo simple, cuyos resultados fueron normales, y se remitió a la unidad de cuidados intensivos (ff. 398 y 423 v.).

---

<sup>3</sup> El 10 de abril de 2020 también se registró una nota de enfermería que señala que el padre del paciente no permitió la toma de todas las muestras para los exámenes paraclínicos ordenados por el médico tratante (f. 463).

<sup>4</sup> Cabe aclarar que para ese momento el menor no presentaba hemiparesia, que fue lo que hizo desaconsejable la toma de la punción lumbar días antes.



El menor ingresó a la **UCI** con deterioro del estado de conciencia (Glasgow 11/15) y, al persistir con **trombocitopenia severa**, requirió que le fueran trasfundidas plaquetas y glóbulos rojos empaquetados (GRE), así como la administración de prednisolona. Con estas medidas el estado de conciencia mejoró oscilantemente (entre Glasgow 12/15 y 14/15), y el paciente fue devuelto al piso de atención el **22 de abril de 2008**, con la anotación relativa a que era necesaria una valoración por hematología (ff. 400-401). Este registro se repitió al día siguiente y el **24 de abril de 2008** se registró lo que sigue (f. 421):

*“(...) 24-04-08 14+00 **NOTA MEDICINA INTERNA***

*Paciente masculino 16 años quien viene presentando **anemia y trombocitopenia** que se sospecha de tipo auto inmune (sic) la cual no ha cedido a manejo con corticoides. Se valora con hematología la cual considera una **anemia autoinmune** que no ha cedido a corticoides por lo que se considera iniciar gamma globulina humana. (...)*”

También se reajustó la dosis de los corticoides y se solicitó la remisión del paciente, el cual fue aceptado por la **FUNDACIÓN HOSPITAL DE LA MISERICORDIA** el **25 de abril de 2008** (ff. 420-421). De acuerdo con las notas de enfermería, la hora de salida del paciente fue **11:10 a.m.** (f. 470).

A su ingreso a esta institución hospitalaria (que no fue demandada) los galenos sospecharon que se presentaba un síndrome de Evans (**anemia progresiva, hemolítica + trombocitopenia**), aunque el **28 de abril de 2008** en la historia clínica se agrega que no se descarta una **púrpura trombocitopénica trombótica**. Se instauró tratamiento con plasmaféresis y corticoides, y al parecer el **4 de junio de 2008** se llevó a cabo una junta médica por la complejidad del cuadro que cursaba.

Finalmente, la condición del menor decayó hasta que falleció el **17 de junio de 2008** a pesar de los esfuerzos de los médicos, quienes durante una hora y media procuraron reanimarlo y le aplicaron dosis máximas de adrenalina (ff. 580-603).

Después del deceso, los familiares del paciente solicitaron que se realizara una necropsia al cadáver en el INSTITUTO COLOMBIANO DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES. La entidad adelantó una primera valoración el 19 de junio de 2008; no obstante, el médico forense consideró necesario tomar muestras para elaborar el informe pericial (ff. 26-29). Con los resultados, el **16 de diciembre** de la misma anualidad se plasmó lo siguiente (ff. 977-981):

*“(...) **RESUMEN DE LOS HECHOS:***

*Adolescente masculino, de 16 años de edad, quien, según la epicrisis del hospital La Misericordia, ingresó a este hospital el **25 de abril del año 2008***

por (sic) remitido del hospital de Tunja (sic) **por cuadro de 3 meses de evolución consistente en anemia en estudio**, acompañada por cefalea, náuseas y convulsiones. En los laboratorios se **encuentra trombocitopenia**. Se hospitaliza, realizan valoraciones por especialistas y se diagnostica una **púrpura trombocitopénica trombótica**. Se da tratamiento, se estudia la posibilidad de una esplenectomía, presenta cuadro séptico con descompensación hemodinámica, en un paciente con inmunosupresión por tratamiento médico. **El 16 de junio** (52 días de hospitalización) se anotan diagnósticos de: **Púrpura trombocitopénica trombótica**, Anemia hemolítica no inmune, **Crisis convulsivas resueltas**, Accidentes isquémicos transitorios, Síndrome mental orgánico, Falla renal en estudio, Desacondicionamiento físico, Síndrome anémico politransfundido, Síndrome febril a estudio y Choque vasodilatado que requirió manejo vasopresor resuelto. Evoluciona con dolor epigástrico, epistaxis e hipotensión, recibe tratamiento con transfusiones. Posteriormente presenta episodio convulsivo durante administración de medicamento, seguido en estado postictal de mal patrón respiratorio, acompañado por bradicardia, se realizan maniobras de reanimación sin respuesta adecuada y fallece.

(...)

**CONCLUSIÓN:**

**Con la información disponible y los hallazgos de necropsia, la muerte es debida a insuficiencia respiratoria aguda por extensa hemorragia pulmonar asociada a probable arritmia cardiaca por múltiples microhemorragias en miocardio, secundaria a su enfermedad de base: Púrpura Trombocitopénica Trombótica. (...)**

Asimismo, el padre del menor interpuso una denuncia penal con ocasión del fallecimiento de su hijo, alegando que en la **E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA** lo habían tratado mal ("lo tenían arrumado en una pieza como un perro y experimentaban droga con él, porque todos los días nos decían una cosa distinta") y que esos malos tratos se habían repetido en la **E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA** ("lo trataban mal, como el (sic) estaba alucinando lo cogían a la fuerza y cada rato le dañaban las venas"). La **FISCALÍA GENERAL DE LA NACIÓN** adelantó la indagación respectiva y con auto del 17 de febrero de 2010 ordenó el archivo de las diligencias, al considerar que la muerte se produjo por causas naturales (anexo 1).

De otro lado, dentro del presente proceso se recibieron cuatro testimonios. Dos de ellos corresponden a los médicos **MARTÍN GERMÁN AYALA GARCÍA** (neurólogo) y **ARTURO ALONSO HERNÁNDEZ DE CASTRO** (internista), quienes participaron en la atención médica del menor en la **E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA** (ff. 1121-1124).

El primero manifestó que para el año 2008 no existía ningún tipo de consenso jurídico o científico acerca de la determinación o discriminación exacta de la edad para que un paciente debiera ser atendido por pediatría y no por medicina para adultos. Agregó que el paciente tenía más de 70 kg de peso, aproximadamente 1.74 m de estatura y se dedicaba a operaciones de monta llantas, así que contaba

con una constitución biológica de adulto (antropométricamente de características adultas).

Agregó que el paciente salió de la institución hospitalaria vivo, en buenas condiciones (estable) y con un diagnóstico claro, esto es, una enfermedad autoinmune que atacaba los glóbulos rojos y plaquetas, con la aparición de síntomas y signos neurológicos tipo vasculitis, que se ven en enfermedades autoinmunes. Manifestó que probablemente la patología era un **lupus eritematoso sistémico** bastante agresivo y fue remitido para estudios complementarios y posible tratamiento de cuarto nivel de atención (incluyendo plasmaféresis).

Enfatizó que la remisión fue necesaria porque no existían los recursos tecnológicos para completarse de manera pertinente y definitiva su compromiso, para lo cual era indispensable la valoración por parte de un hematólogo pediatra, *especialidad con pocos profesionales en el país, o un hematólogo para adultos que tuviera la experiencia de revisar casos en adultos jóvenes.*

Refirió que el tratamiento del paciente no era su experticia desde el punto de vista de la medicina interna, pero podía afirmar que fue idóneo porque se administraron inmunosupresores, es decir, agentes esteroideos que disminuyen la fuerza de la respuesta de las defensas y la proporción con la que actúan los anticuerpos.

El profesional de la salud también explicó su formación en general y su experiencia en **neurología pediátrica** en la rotación respectiva al cursar su especialidad y una vinculación laboral anterior en el Hospital Cardioinfantil de Bogotá. Asimismo, esgrimió que la atención cumplió los protocolos médicos propios para el cuadro que presentaba el paciente.

A su vez, el médico **HERNÁNDEZ DE CASTRO** sostuvo que el paciente contaba con características antropométricas de adulto y para la época no había consenso frente a la edad límite para la atención por pediatría o medicina interna.

Explicó que la patología de **púrpura trombocitopénica trombótica** era una enfermedad autoinmune y no se desencadenaba por un solo factor. Alegó que, se descartó el **dengue** (hipótesis diagnóstica de ingreso) y, al persistir la **trombocitopenia**, se estudiaron y descartaron posibles causas de tipo infeccioso. Al no encuadrarse en ellas, comenzaron a descartarse enfermedades inmunológicas. Ya con una alta sospecha de que la patología primaria **era autoinmune y hematológica**, se dispuso la remisión

del paciente, en razón a que la E.S.E. **HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA** no contaba con esa especialidad en el servicio.

Aseguró que el tiempo que tardó la remisión del paciente, teniendo como referencia su fecha de ingreso, se debió a que **antes era necesaria la realización de varios exámenes de alta complejidad**, cuyos resultados tardaban en conocerse aproximadamente 10 días hábiles, y enfatizó que aquel salió con un diagnóstico que fue corroborado en la **FUNDACIÓN HOSPITAL DE LA MISERICORDIA**.

Expuso que el tratamiento de primera línea para la patología de **púrpura trombocitopénica trombótica** son los esteroides y el inicio de su suministro se produjo en la **E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA**. Agregó que la atención fue idónea y siguió la literatura médica internacional.

El apoderado de la parte demandante tachó de sospechosos ambos testimonios, en razón a que los declarantes tuvieron contacto con el paciente en el año 2008.

Los dos testimonios restantes fueron recibidos por medio de despacho comisorio y correspondieron a los señores **JOSÉ DIGNOEL INFANTE HERNÁNDEZ** y **ALBA LUCÍA ÁVILA RIVERA**. Ambos era amigos de la familia del menor **RAFAEL GUILLERMO SANABRIA LEÓN** y se refirieron sobre el conocimiento que tenían acerca de la congoja y las dificultades que sufrieron sus padres durante su hospitalización y tras su fallecimiento (cdno. despacho comisorio).

## 2.2. Análisis de la Sala

En el proceso no existe controversia respecto de la configuración de un **daño**, que en este caso corresponde al deceso del menor **RAFAEL GUILLERMO SANABRIA LEÓN**. De lo anterior da cuenta su registro civil de defunción, en el cual se registró como fecha de fallecimiento el 17 de junio de 2008, así como la anotación efectuada en la historia clínica del menor en la misma calenda y el informe pericial de necropsia elaborado por el **INSTITUTO COLOMBIANO DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES** (ff. 40, 603 y 977 a 981).

Es en el plano de la **imputación** donde se desarrollan los argumentos del recurso de apelación. La parte actora cuestionó **(i)** que el paciente debió ser atendido por el servicio de pediatría y esta omisión era la causa eficiente del daño; **(ii)** que lo anterior implicó un diagnóstico y tratamiento tardío (solo se procuró la estabilización del paciente), lo cual se evidenciaba con la posterior remisión del paciente a la **FUNDACIÓN**

**HOSPITAL DE LA MISERICORDIA** y su fecha (26 días después); (iii) que no se demostró el cumplimiento de los protocolos médicos y esa carga estaba en cabeza de los demandados; (iv) que a los síntomas relacionados con la disminución de plaquetas y equimosis debió prestárseles más cuidado para evitar un diagnóstico errado o tardío, máxime cuando desde un inicio existían indicios de **púrpura trombocitopénica**; (v) que no se tuvo en cuenta la tacha de sospecha efectuada a los testimonios de los médicos y su valoración no fue objetiva; y (vi) que el archivo de las diligencias penales no incidía en el juicio de responsabilidad.

Estos argumentos se analizan y resuelven a continuación:

### **2.2.1. No se probó que para la época de los hechos hubiera consenso sobre la edad límite para la atención por pediatría**

Uno de los razonamientos centrales de la demanda y de la apelación consiste en que el paciente **RAFAEL GUILLERMO SANABRIA LEÓN** debió ser atendido por el servicio de pediatría al ser menor de edad. La parte actora no aportó ninguna prueba para sustentar este argumento, pero en el recurso se basó en dos elementos traídos a colación por la jueza en la sentencia de primer grado, que son una nota de prensa emitida por la Sociedad Colombiana de Pediatría y un concepto emanado del Ministerio de Salud y Protección Social. El primer documento expresa lo siguiente:

*“(...) La Asociación Colombiana de Medicina Interna y la Sociedad Colombiana de Pediatría (sic) comunican que han llegado a un acuerdo oficial sobre la edad límite de finalización de la atención médica por los pediatras e inicio de la atención médica por los médicos internistas. **Esta edad es al cumplir los 18 años de edad.***

**Se respetará la autonomía del médico y de las instituciones prestadoras de servicios médicos. (...)**<sup>5</sup> (Negrilla fuera del texto original)

Conforme se evidencia, esta nota resalta el acuerdo al que llegaron la Asociación Colombiana de Medicina Interna y la Sociedad Colombiana de Pediatría acerca de la edad límite para definir la atención por las especialidades respectivas, a partir de un comunicado de prensa publicado en tal sentido (está adjunto a la nota de prensa). Sin embargo, al indagar en la fecha de expedición del mentado comunicado, el Tribunal constató que se publicó en el boletín informativo de la Sociedad Colombiana de Pediatría “*Pediavoz*” **en la edición de agosto de 2014**<sup>6</sup>,

---

<sup>5</sup> <https://scp.com.co/notas-destacadas/los-18-anos-de-edad-sera-el-limite-y-finalizacion-de-la-atencion-medica-por-los-pediatras-e-inicio-de-la-atencion-medica-por-los-medicos-internistas/>. Consultado: abr. 15/2020.

<sup>6</sup> [https://scp.com.co/wp-content/uploads/2014/08/Pediavoz\\_Agosto-14.pdf](https://scp.com.co/wp-content/uploads/2014/08/Pediavoz_Agosto-14.pdf)

esto es, un poco más de 6 años después de la muerte del menor **RAFAEL GUILLERMO SANABRIA LEÓN**.

De otro lado, el concepto del Ministerio de Salud y Protección Social sostiene:

*“(...) Respecto a la pregunta, **no conocemos norma que regule hasta que edad deben ser atendidos los niños por pediatría en Colombia**, siendo pertinente señalar que la atención por parte de la especialidad de pediatría se encuentra cubierta independientemente de la edad del paciente atendido.*

*Por otra parte, merece señalar que dentro de los principios para aplicación del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, la Resolución 5592 de 2015 en su artículo 3, numeral 5 sobre el principio de competencia señala: ‘Para la aplicación del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, el profesional de la salud tratante es el competente para determinar lo que necesita un afiliado al SGSSS, en las fases de promoción de la salud, prevención, diagnóstico (sic), tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, sustentado en la evidencia científica’. **Por lo cual el profesional tratante será quien determine hasta que edad deberá ser atendido un paciente por la especialidad de pediatría.** (...)”<sup>7</sup> (Negrilla fuera del texto original)*

Este documento tiene fecha del **19 de agosto de 2016** y hace alusión al memorando **No. 201634100190213** el cual, aunque no reposa en la página web de la entidad, se infiere expedido en la misma anualidad, en razón a su número de referencia y a que cita normas expedidas en el año 2015.

En este orden de ideas, la jueza de primera instancia resolvió este aspecto con sustento en documentos impertinentes porque no existían para la época de los hechos (año 2008) y, en consecuencia, tampoco pueden servir de sustento al apelante en este punto.

Adicionalmente, los médicos **MARTÍN GERMÁN AYALA GARCÍA y ARTURO ALONSO HERNÁNDEZ DE CASTRO** afirmaron categóricamente que para el año 2008 no existía una norma jurídica ni consenso científico sobre el tema, siendo este el único elemento de convicción que informa sobre el asunto (la tacha de los testigos se analizará más adelante).

Así las cosas, el Tribunal no puede considerar demostrado que, solo con referencia a su edad, el menor **RAFAEL GUILLERMO SANABRIA LEÓN** debió ser valorado y tratado por el servicio de pediatría, pues no existen pruebas que así lo indiquen. Incluso, el hecho consistente en que solo hasta el año

---

<sup>7</sup> [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Concepto%20Jur%C3%ADdico%20201611601513481%20de%202016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Concepto%20Jur%C3%ADdico%20201611601513481%20de%202016.pdf)

2014 las asociaciones médicas aludidas acordaran fijar la edad de 18 años como determinante para estos efectos permite deducir que antes de esa fecha tal consenso no existía.

No sobra precisar que el argumento esgrimido por la **E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA** tampoco es de recibo, porque la delimitación de la edad para el suministro de los servicios de salud no depende de las definiciones legales contempladas en el Código Civil sino de aspectos biológicos y científicos que son definidos por la medicina.

Al margen de lo analizado, en criterio de la Sala la falta de atención por el servicio de pediatría por sí sola no permite atribuir el daño a las entidades demandadas.

En primer lugar, la literatura médica enseña que **la púrpura trombocitopénica trombótica** es una enfermedad que se presenta más frecuentemente en mujeres y el grupo etario con mayor incidencia es el comprendido entre los 30 y 40 años<sup>8</sup>. Entonces, aun ante la falta de consenso científico, la atención por parte del pediatra y no del internista en principio no expone hipotéticamente un mayor conocimiento o dominio de la patología, o mayores expectativas de supervivencia. En otras palabras, las características de la enfermedad no sugieren que el menor **SANABRIA LEÓN** hubiera recibido una atención más idónea por parte de un pediatra, siendo que aquella es más frecuente en adultos y, en ese escenario, el tratamiento corresponde **al médico internista**.

En segundo lugar, la Sala comparte el criterio del *a quo* en el sentido de que el paciente tenía fisonomía adulta. Teniendo en cuenta su registro civil de nacimiento (f. 22), el menor **SANABRIA LEÓN** contaba con 16 años, 7 meses y 11 días de edad al momento de su ingreso a la **E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA** y en la historia clínica se registró que pesaba 62 kg. Además, los médicos **AYALA GARCÍA y HERNÁNDEZ DE CASTRO** manifestaron que el paciente tenía una estatura superior a los 1.70 m. y enfatizaron que era antropométricamente de características adultas, circunstancia que no fue siquiera debatida por la parte actora en la diligencia de recepción de testimonios o en el recurso de apelación.

Así las cosas, tampoco se advierte que la formación biológica del paciente hiciera necesario que el tratamiento estuviera a cargo de un pediatra.

---

<sup>8</sup> Ver, por ejemplo: Almagro Vázquez, Delfina. *Algunas consideraciones acerca de la púrpura trombocitopénica trombótica*. En Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia, v. 23 n. 1. La Habana (Cuba), 2007. También: Jaime Pérez, José Carlos y Gómez Almaguer, David. *Hematología, la sangre y sus enfermedades*. Ciudad de México (México): McGraw Hill Interamericana Editores S.A., 2012, p. 193.

En este contexto, no puede el juez imponer su opinión personal acerca de cuál especialista debió coordinar la atención del paciente, sino que lo procedente es respetar el criterio de los médicos tratantes (el cual, se insiste, no fue contradicho probatoriamente), que son expertos en la materia y actúan motivados por el principio de beneficencia<sup>9</sup>.

Por lo anterior, este cargo no prospera.

### 2.2.2. No se probó que el tratamiento suministrado fuera tardío o errado

En este acápite se analizarán los cargos segundo y cuarto de la alzada, debido a que su fundamentación es similar.

Como lo ha reiterado esta Corporación, en los eventos de responsabilidad médica el fallador debe ubicarse en la posición en la que se encontraba el médico al momento de atender al paciente para determinar las posibilidades con que contaba, y no cuestionar el suministro o no de algún servicio sin atender esa realidad material<sup>10</sup>. En otras palabras, el análisis de la actuación debe partir de una valoración *ex ante* y no *ex post*<sup>11</sup>, ya que resulta relativamente fácil mirar al pasado y pensar que determinada conducta hubiera favorecido la condición del paciente teniendo como referencia el resultado final, que lógicamente para el médico era desconocido, pues estaba sometido a la

---

<sup>9</sup> C.E., Sec. Tercera, Sent. 2013-00347 (63809), dic. 12/2019. M.P. Marta Nubia Velásquez Rico: "(...) Al respecto, la medicina está orientada por el principio de beneficencia, que se traduce en que el galeno debe '[d]irigir las acciones de la práctica médica a buscar el beneficio del paciente y de la sociedad, mediante la prestación de la atención médica' y 'evitar cualquier acción que pueda dañar al paciente'. (...)"

<sup>10</sup> C.E., Sec. Tercera, Sent. 2003-00267 (37531), oct. 15/2015, M.P. Ramiro Pazos Guerrero: "(...) dada la complejidad de los factores que inciden en la exactitud del juicio, el juez tendrá que ser en extremo cuidadoso al momento de valorar esta prueba [la de la falla] pues resulta relativamente fácil juzgar la conducta médica *ex post*. Por ello, la doctrina ha señalado que '**el juez y los peritos deben ubicarse en la situación en que se encontraba el médico al momento de realizar dicho diagnóstico**'. (...)" (Negrilla fuera del texto original)

<sup>11</sup> C.E., Sec. Tercera, Sent. 2002-00697 (42868), jul. 19/2018, M.P. María Adriana Marín: "(...) 'En otras palabras, frente a una posible conducta culposa, el juez, en primer lugar, debe valorar si la persona creó un riesgo jurídicamente desaprobado **desde una perspectiva *ex ante*, es decir, teniendo que retrotraerse al momento de realización de la acción y examinando si conforme a las condiciones de un observador inteligente situado en la posición del autor, a lo que habrá de sumársele los conocimientos especiales de este último, el hecho sería o no adecuado para producir el resultado.** // En segundo lugar, el funcionario tiene que valorar si ese peligro se realizó en el resultado, teniendo en cuenta todas las circunstancias conocidas *ex post*. // Así mismo, se crea un riesgo jurídicamente desaprobado cuando concurre el fenómeno de la elevación del riesgo, que se presenta 'cuando una persona con su comportamiento supera el arriesgo admitido o tolerado jurídica y socialmente, así como cuando, tras sobrepasar el límite de lo aceptado o permitido, intensifica el peligro de causación de daño.' (...)" (Subraya y negrilla fuera del texto original)



conurrencia del curso causal desfavorable producto del cuadro patológico.

Teniendo clara esta premisa, a los demandantes en procesos como este les corresponde acreditar que los galenos no pusieron al servicio del paciente todos los medios que estaban a su disposición, ya sea en la fase diagnóstica o de tratamiento, pues el mero desacierto no constituye factor de imputación de responsabilidad. Para que adquiera esta connotación, el desatino debe estar acompañado de una actuación irregular de la Administración que haya impedido ofrecer el tratamiento adecuado al paciente, bajo las posibilidades técnicas y científicas existentes en ese momento histórico. El Consejo de Estado se ha referido a lo anterior como sigue, haciendo énfasis en el diagnóstico:

*“(...) Ahora bien, teniendo en cuenta que el ejercicio de la medicina no puede asimilarse a una operación matemática y que a los médicos no se les puede imponer el deber de acertar en el diagnóstico, **la responsabilidad de la administración no resulta comprometida sólo porque se demuestre que el demandante sufrió un daño como consecuencia de un diagnóstico equivocado, pues es posible que pese a todos los esfuerzos del personal médico y al empleo de los recursos técnicos a su alcance, no logre establecerse la causa del mal, bien porque se trata de un caso científicamente dudoso o poco documentado, porque los síntomas no son específicos de una determinada patología o, por el contrario, son indicativos de varias afecciones.** (...)”<sup>12</sup> (Subraya y negrilla fuera del texto original)*

Y en otra oportunidad, el alto tribunal:

*“(...) Por lo tanto, en tales eventos [los de errores de diagnóstico], la falla del servicio se deriva de la **omisión de utilizar los medios diagnósticos o terapéuticos aconsejados por los protocolos médicos; por no prever, siendo previsibles, los efectos secundarios de un tratamiento; por no hacer el seguimiento que corresponde a la evolución de la enfermedad, bien para modificar el diagnóstico o el tratamiento y, en fin, de todas aquellas actuaciones que demuestren que el servicio fue prestado de manera diferente a como lo aconsejaba la lex artis.***

*Uno de los momentos de mayor relevancia en la prestación del servicio médico lo constituye el diagnóstico, porque a partir del mismo se define el tratamiento posterior. **Las fallas en el diagnóstico de las enfermedades y el consecuente error en el tratamiento están asociadas, regularmente, a la indebida interpretación de los síntomas que presenta el paciente o a la omisión de la práctica de los exámenes que resultaban indicados para el caso concreto.** Por lo tanto, cuando el diagnóstico no es conclusivo, porque los síntomas pueden indicar varias afecciones, se incurre en falla del servicio cuando no se agotan los recursos científicos y técnicos al*

---

<sup>12</sup> C.E., Sec. Tercera, Sent. 1998-00206 (29772), may. 28/2015. M.P. Stella Conto Del Castillo.

*alcance para determinar con precisión cuál es la enfermedad que sufre el paciente. (...)*<sup>13</sup> (Subraya y negrilla fuera del texto original)

Ahora bien, en el recurso de apelación se alega que el diagnóstico fue erróneo porque el paciente no fue valorado por un pediatra y no se consideraron síntomas que, en criterio del apoderado de la parte actora, eran de entrada concluyentes para encauzar inmediatamente el tratamiento. Además, se indica que los médicos se limitaron a estabilizar al paciente y no determinar con precisión la patología que padecía y darle tratamiento.

Lo primero se resolvió en el acápite anterior, desestimando el primer cargo de la alzada. Pero incluso admitiendo la tesis del demandante y, por consiguiente, que la atención pediátrica era la recomendada en este caso, no es posible concluir con certeza que su ausencia llevara al menor a su fallecimiento por dos razones, a saber: **(i) la falta de inmediatez entre el presunto riesgo desaprobado y el resultado, y (ii) lo que la doctrina denomina el comportamiento alternativo conforme a derecho.**

Frente a lo primero, según se expuso en precedencia, entre la fecha de remisión del paciente a la **FUNDACIÓN HOSPITAL DE LA MISERICORDIA (25 de abril de 2008)** y su deceso (17 de junio de 2008) transcurrió 1 mes y 16 días. Esa falta de inmediatez exige mayor fortaleza probatoria a los demandantes, en tanto que el resultado no se advierte de manera obvia como consecuencia del tratamiento adelantado por los profesionales adscritos a las instituciones hospitalarias demandadas.

La muerte no se produjo antes de lograrse la remisión y en el lapso en que el paciente fue tratado en la **FUNDACIÓN HOSPITAL DE LA MISERICORDIA** naturalmente se insertaron nuevos y variados elementos en la cadena causal, los cuales no pueden simplemente obviarse a fin de centrar el análisis únicamente en los aspectos que pone de relieve la demanda. Por el contrario, la inclusión de causas diferentes y más cercanas al resultado fatal diluye el criterio de adecuación porque difícilmente puede aseverarse con certeza que el tratamiento del internista antes de la remisión, según las reglas de la experiencia y conforme al curso normal de los acontecimientos, hizo que el menor falleciera semanas después (prognosis objetivo-posterior).

De ahí que, en términos de causalidad, a mayor distancia entre la causa que se alega como adecuada y el resultado, mayor peso deben ostentar los elementos de convicción que apuntan a que fue eso y no otra circunstancia lo que determinó la configuración del daño. Sin embargo,

---

<sup>13</sup> C.E., Sec. Tercera, Sent. 1999-02059 (40057), oct. 3/2016. M.P. Ramiro Pazos Guerrero.

en este caso las pruebas no se dirigen a esa conclusión, como se analizará más adelante.

Y frente a lo segundo, la doctrina llama *comportamiento alternativo conforme a derecho* a aquellas hipótesis en las que, aun cuando se ha infringido un deber de cuidado, el resultado dañoso de todas formas se habría producido, aunque aquel se hubiera observado<sup>14</sup>. En este caso, ninguna prueba indica que el proceso diagnóstico y tratamiento suministrado materialmente al paciente fuera diferente y/o menos idóneo del que hubiera instaurado un pediatra, o que el internista no pusiera atención a síntomas determinantes para identificar rápidamente la patología de base.

Concatenando estas premisas con los dos puntos restantes de la argumentación del recurso frente a este cargo, el Tribunal recalca que las conclusiones de las partes que se enfilan a efectuar juicios de contenido científico deben contar con respaldo probatorio en el expediente, ya que la práctica de la medicina no puede interpretarse y juzgarse solo a partir de la percepción del hombre medio, so pena de llegar a conclusiones infundadas o desprovistas de solidez. Esto no significa que indefectiblemente deba aportarse prueba directa de la mala praxis, lo cual en ocasiones reviste grandes dificultades, pero sí que el análisis conjunto de las pruebas, incluidos los indicios, permitan llegar a un grado aceptable de certeza.

En este caso, el apoderado de la parte actora no sustenta sus aseveraciones en ninguna de las pruebas que obran en el expediente, sino en su percepción de lo acontecido. En oposición a esto, la historia clínica expone que al paciente le fueron efectuados múltiples exámenes y valoraciones, en su mayoría de carácter hematológico, a fin de determinar cuál era la patología de base que lo aquejaba. Entre los síntomas que se tuvieron en cuenta están los referidos por los apelantes, pero estos no tenían la capacidad de definir inmediatamente la presencia de **púrpura trombocitopenia trombótica**. Debido a los antecedentes y las manifestaciones del cuadro clínico, los médicos tratantes procuraron descartar posibles patologías para finalmente delimitar el tratamiento a las enfermedades autoinmunes.

Entonces, la lectura integral de la historia clínica no revela que los galenos se limitaran a estabilizar al paciente, a dejarlo indolentemente a su suerte o a experimentar con él. La formulación de varias hipótesis diagnósticas no expone impericia sino lo opuesto, en la medida que las mismas se

---

<sup>14</sup> López Díaz, Claudia. *La teoría de la imputación objetiva*. En *Imputación objetiva y dogmática penal*. Mérida (Venezuela): Producciones Karol C.A., 2005, pp. 163-165.

derivaron de los resultados de los exámenes, la evolución del paciente y la respuesta al tratamiento. Esto teniendo en cuenta además que la **púrpura trombocitopenia trombótica** es “una enfermedad poco frecuente, [que] tiene incidencia de cuatro a trece casos por millón de habitantes por año”<sup>15</sup>.

Por otra parte, más allá de la historia clínica la parte actora no arrimó ninguna prueba relevante para enjuiciar la calidad de la atención y menos en el sentido sostenido en el recurso. El informe pericial de necropsia apenas resume el tratamiento suministrado y refiere la enfermedad que produjo el fallecimiento, y los testimonios de los médicos se limitan a hacer alusión al servicio suministrado (que está plasmado en la aludida historia clínica).

Adicionalmente, afirmar que el tratamiento fue tardío solo porque transcurrieron **26 días** entre el ingreso inicial del menor por el servicio de urgencias de la E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA y la remisión a la FUNDACIÓN HOSPITAL DE LA MISERICORDIA, simplifica y minimiza tanto la complejidad de la práctica médica, como las vicisitudes que se presentaron en la atención del menor **RAFAEL GUILLERMO SANABRIA LEÓN**. El avance del proceso diagnóstico y los resultados que paulatinamente permitieron reducir las hipótesis diagnósticas fue lo que llevó a definir el destino del paciente.

La Sala reitera que de ninguna prueba puede inferirse que la claridad de la situación daba lugar a que el paciente se remitiera de inmediato y sin necesidad de más exámenes a una institución de cuarto nivel con un diagnóstico preciso y certero, haciendo innecesarios los análisis efectuados en **Duitama y Tunja**.

Así las cosas, los cargos segundo y cuarto no prosperan.

**2.2.3. La tacha de sospecha a los testigos, la falta de prueba de los protocolos médicos y la independencia de la actuación penal respecto de la administrativa no son argumentos suficientes para declarar la responsabilidad de las entidades demandadas**

La definición de testimonio sospechoso y la tacha por ese aspecto están previstos en los artículos 217 y 218 del CPC como sigue:

---

<sup>15</sup> Morales-Montoya, Alejandra. Púrpura trombocitopénica trombótica. En Revista Medicina Interna de México, 35(6). Ciudad de México (México): Edición y Farmacia S.A de C.V., 2019, p. 907.

“(…) ARTÍCULO 217. TESTIGOS SOSPECHOSOS. Son sospechosas para declarar las personas que en concepto del juez, se encuentren en circunstancias que afecten su credibilidad o imparcialidad, en razón de parentesco, dependencias, sentimientos o interés con relación a las partes o a sus apoderados, antecedentes personales u otras causas.

ARTÍCULO 218. TACHAS. Cada parte podrá tachar los testigos citados por la otra parte o por el juez. La tacha deberá formularse por escrito antes de la audiencia señalada para la recepción del testimonio u oralmente dentro de ella, presentando documentos probatorios de los hechos alegados o la solicitud de pruebas relativas a éstos, que se practicarán en la misma audiencia. Si el testigo acepta los hechos, se prescindiera de toda otra prueba.

**Quando se trate de testigos sospechosos, los motivos y pruebas de la tacha se apreciarán en la sentencia**, o en el auto que falle el incidente dentro del cual se solicitó el testimonio; en los casos de inhabilidad, el juez resolverá sobre la tacha en la audiencia, y si encuentra probada la causal, se abstendrá de recibir la declaración.

**El juez apreciará los testimonios sospechosos, de acuerdo con las circunstancias de cada caso.** (…)” (Subraya y negrilla fuera del texto original)

A partir del último inciso del artículo 218 del CPC el Consejo de Estado reiteradamente ha sostenido que el carácter sospechoso del testimonio no da lugar a negar la recepción de la declaración ni a su exclusión de la valoración probatoria, sino a que el juez analice con mayor severidad lo dicho por el tercero, a fin de constatar si su versión está o no influenciada por los hechos que generan la sospecha:

“(…) Respecto de los **testigos sospechosos**, quienes se encuentran en situaciones que afectan su credibilidad e imparcialidad y cuya declaración, si bien puede recibirse, ha de analizarse con severidad, es decir, **la norma citada en precedencia no permite que de antemano y solo con la manifestación de tacha se descalifique el testigo y se impida la recepción de la declaración, sino todo lo contrario, una vez rendida la versión jurada deberá ser apreciada con mayor severidad de tal manera que al valorarla se someta a un tamiz más denso de aquel por el que deben pasar las declaraciones libres de sospecha**, por lo que, la regulación contenida en la disposición prenotada es la manifestación de las reglas de la sana crítica aplicada al ordenamiento procesal. (…)”<sup>16</sup> (Subraya y negrilla fuera del texto original)

En este caso, el motivo de la tacha se encuentra fundado en la medida que los testigos participaron en la atención del paciente y, de hecho, al momento de rendir sus declaraciones aún prestaban sus servicios a la **E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA**. Pero no hay razones para considerar que los deponentes no fueron imparciales en sus

---

<sup>16</sup> 16 C.E., Sec. Segunda, Sent. 2012-00218 (2376-14), oct. 17/2017, M.P. Sandra Lisset Ibarra Vélez.

declaraciones, ya que sus dichos encuentran sustento en la historia clínica. Es más, no obra en el plenario ningún elemento de convicción que ponga en duda o contradiga lo atestiguado.

Sin embargo, aunque la tacha resultara en que los testimonios no se consideraran confiables, esto por sí solo no bastaría para acceder a las pretensiones de la demanda porque no se probó que la muerte del menor **SANABRIA LEÓN** fuera atribuible a la actuación de las entidades demandadas y que esta se valorara como constitutiva de una falla en el servicio. En otras palabras, las conclusiones de los acápites anteriores hacen que la decisión de este punto pase a un segundo plano.

Lo mismo puede afirmarse de la alusión a los protocolos médicos y al archivo de la denuncia penal. La no aportación de los primeros a las diligencias no conlleva consecuencias negativas a los demandados, en tanto que la carga de la prueba de los elementos de la responsabilidad extracontractual estaba en cabeza de los accionantes, según lo establece el artículo 177 del CPC<sup>17</sup>. Y lo segundo, como bien lo señala la parte apelante, no tiene repercusiones en el proceso de reparación directa, dada la independencia de las dos acciones<sup>18</sup>.

Por ende, al no prosperar ninguno de los cargos de la alzada, la sentencia de primera instancia se confirmará en su integridad.

Finalmente, por no evidenciarse temeridad o mala fe de las partes, conforme al artículo 171 del CCA<sup>19</sup> no se dictará condena en costas.

En mérito de lo expuesto, el Tribunal Administrativo de Boyacá, la Sala de Decisión No. 4, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley

---

<sup>17</sup> "(...) ARTÍCULO 177. CARGA DE LA PRUEBA. Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen. // Los hechos notorios y las afirmaciones o negaciones indefinidas no requieren prueba. (...)"

<sup>18</sup> Saavedra Becerra, Ramiro. *Responsabilidad patrimonial del Estado*. Bogotá: Grupo Editorial Ibáñez, 2018, p. 316: "(...) hay que decir, en relación con la libre apreciación de las pruebas, que el juez administrativo es relativamente independiente de las demás jurisdicciones, pues aunque la decisión tomada por un juez penal sobre la ocurrencia de los hechos en un caso determinado obliga al juez contencioso, éste sigue teniendo libertad en lo que respecta a la calificación jurídica de tales hechos como falta o funcionamiento anormal del servicio, con el fin de establecer o no la responsabilidad patrimonial de la Administración. Por la misma razón en Colombia siempre ha sido una constante jurisprudencial el que unos mismos hechos pueden no ser constitutivos de delito penal, y comprometer, sin embargo, la responsabilidad estatal. Como lo expresa el Consejo de Estado, 'en tales eventos ordinariamente se dá (sic) un doble juzgamiento, sujeto cada uno a normatividades aplicables diferentes...' (...)"

<sup>19</sup> "(...) ARTÍCULO 171. CONDENA EN COSTAS. En todos los procesos, con excepción de las acciones públicas, el Juez, **teniendo en cuenta la conducta asumida por las partes**, podrá condenar en costas a la vencida en el proceso, incidente o recurso, en los términos del Código de Procedimiento Civil. (...) (Subraya y negrilla fuera del texto original)

**FALLA:**

**PRIMERO: CONFIRMAR** la sentencia proferida el 17 de septiembre de 2018 por el Juzgado Séptimo Administrativo Oral del Circuito Judicial de Tunja, mediante la cual se negaron las pretensiones de la demanda, de conformidad con las razones indicadas en precedencia.

**SEGUNDO:** Sin condena en costas en esta instancia.

**TERCERO: RECONOCER** personería a la abogada **ANDREA DEL PILAR CHONA BOLÍVAR**, identificada con C.C. No. 33.369.105 y T.P. No. 151.889 C. S. de la J., para actuar en representación de la **E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA**, en los términos y para los fines del poder obrante a folio 1164 del expediente.

**CUARTO: RECONOCER** personería al abogado **GERMÁN DARÍO TÉLLEZ SÁNCHEZ**, identificado con C.C. No. 7.169.676 y T.P. No. 135.371 C. S. de la J., para actuar en representación de la **E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA**, en los términos y para los fines del poder obrante a folio 1191 del expediente.

**QUINTO:** Ejecutoriada la presente sentencia, devuélvase el expediente al Despacho de origen, previo registro en el Sistema de Información de la Rama Judicial.

Este proyecto fue discutido y aprobado en Sala de Decisión virtual de la fecha.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,**

**JOSÉ ASCENCIÓN FERNÁNDEZ OSORIO**  
Magistrado

**ÓSCAR ALFONSO GRANADOS NARANJO**  
Magistrado

**FÉLIX ALBERTO RODRÍGUEZ RIVEROS**  
Magistrado